
.Net
La faculté
Seek Knowledge





Comité Pédagogique de Pneumophtisiologie

Examen final 5eme période Module de Pneumophtisiologie

Cas clinique N°1

Un homme de 28 ans commerçant de profession, sans antécédent particulier consulte pour une toux productive ramenant des expectorations purulentes, avec douleur basi-thoracique gauche et une altération de l'état général évoluant depuis une semaine.

L'examen clinique retrouve un patient en état général altéré ; TA 120/70 mm Hg, T° : 39° C, FC 110 Bt/min FR 24 C/ min poids 96Kg, taille 1,67 m.

L'examen pleuro pulmonaire: retrouve une matité franche, avec abolitions des vibrations vocales et du murmure vésiculaire au niveau de la moitié inférieur de l'hémithorax gauche.

La radiographie thoracique de face montre une opacité dense homogène de la moitié inférieure de l'hémothorax gauche, effaçant la coupole diaphragmatique et comblant les culs de sac cardiophrénique et costodiaphragmatique, la limite supérieure est concave vers le haut.

1- Quels sont les examens à demander en priorité ?

A-FNS et Hémoculture

B-**ponction pleurale exploratrice**

C-glycémie à jeun **NAP = 0,25**

D-IDR à la tuberculine

E-bacilloscopie des crachats

Les résultats vous parviennent : FNS : GR à 5,6. 10^6 elts/mm », Hb : 12g/dl, GB : 15000 élts /mm (N 80%, L 18%, M1%, B1 % E O), hémocultures négative.

La ponction exploratrice : liquide trouble 54 g /l de protéines, l'étude cytologique présence de polynucléaires neutrophile altérés, Glycémie a jeun : 3 g /l, IDR a la tuberculine 5 mm recherche de BK dans les crachats négatifs culture en cours.

2- Quel est le diagnostic à retenir ?

A-pleurésie virale

B-pleurésie tuberculeuse **NAP = 0,5**

C-pleurésie bactérienne

D-pleurésie métastatique

E-pleurésie d'origine cardiaque

3- En plus de l'insulinothérapie, Quel traitement prescrivez-vous.

A-Traitement antituberculeux

B-chimiothérapie antimitotique

C-Anti-inflammatoires NAP = 1

D-Double antibiothérapie

E-Diurétiques

4- Le traitement doit être associé a :

A. Kinésithérapie respiratoire

B. Ponction pleurale évacuatrice NAP = 0, 20

C. traitement antalgique

D. Drainage pleural

E. Régime hypo protidique

Cas clinique N°2



Un homme de 53 ans électricien en bâtiment, fumeur à raison de 30 P/A sans antécédent particulier, consulte en urgence pour une toux avec expectoration muco purulente, fièvre, asthénie , douleur abdominale, vomissement et céphalée évoluant depuis 3 jours. L'examen clinique retrouve un patient en état général altéré, la TA 100/60 mm Hg, la FC 115 bats/min la FR 24 C/min la T° 39 C° le poids 75 Kg, la taille1, 80m la chimie des urines : sang (++) protéines : trace glucose (-) corps cétonique (-), Ph 6

L'examen pleuropulmonaire retrouve une augmentation des vibrations vocales, une matité diffuse associées à des râles crépitants de l'hémothorax droit.

La radiographie thoracique de face montre une opacité pulmonaire droite diffuse à limites externes floues, au sein de laquelle existent des clartés tubulées.

5- Quel diagnostic évoquez-vous ?

A- Epanchement pleural liquidien de grande abondance

B-Pleuro-pneumopathie

C-Pneumonie alvéolaire NAP : 0,5

D-pneumonie interstitielle

E-bronchopneumonie

6- Quels examens complémentaires demandez vous :

1-FNS + Hémocultures

2-Bacilloscopie des crachats NAP : 0.5

3-IDR à la tuberculine

4- Etude cyto bactériologique des crachats

5-Antigène soluble urinaire

A : 1 + 3 **B : 1+ 5** C : 2 + 3 D : 3 + 5 E : 4 + 5

Les résultats suivant vous parviennent :

FNS : GR : 4,6. Millions elts/mm^3,Hb : 11,5g/dl, GB 13000 elts/mm3 (N 80% L16% M 01% B 03% E 00%), hémocultures: négatives Bacilloscopie des crachats négative, IDR à la tuberculine : 06 mm ECB des crachats : flore polymorphe Recherche d'antigène soluble urinaire à legionnella pneumophila positif

7- quel traitement préconisez-vous ?

A Amoxicilline+ Acide clavulanique

B Céppriaxone +aminoside

C Erythromycine NAP = 1

D 2RHZE/4RH

E Pénicilline G

8- les éléments de surveillance de l'efficacité du traitement sont.

A FNS

B examen clinique et courbe de température

C radiographie thoracique NAP = 0,33

3 D ECB des crachats

E recherche d'antigène soluble urinaire

Cas clinique N°3

Une femme de 31 ans mère d'un enfant de 2 ans vacciné au BCG sans antécédent particulier consulte pour asthénie, anorexie, amaigrissement non chiffre avec une toux sèche, évoluant depuis 1 mois, et ne cédant pas au traitement. L'examen clinique retrouve une patiente en état général conserve : la TA : 11O/60, la FC : 76 bats/min , la FR : 18C /min, la T : 38,5 C, le Poids : 51 Kg, laTaille : 1,60m L'examen pleuropulmonaire est normal

La radiographie thoracique de face : retrouve une clarté de 2 cm de diamètre apicale gauche entourée d'opacités nodulaires

9- Quel examen demandez-vous ?

A Bacilloscopie des crachats

B Tubage gastrique. **NAP 0,33**

C fibroaspiration bronchique à la recherche de BK.

D FNS +Hémoculture.

E IDR a la tuberculine

Les résultats vous parviennent : Recherche de BK : 40 BAAR/100 Champs.

FNS : GR à 5,3.millions elts/mm³, Hb : 11g/dl, GB : 8000 Elts /mm (PN 50%, L 48%, M 1%, B 1 % E O), hémocultures négatives, IDR a la tuberculine 10 mm.

10- Quels sont les éléments à rechercher avant de débuter le traitement ?

1 Transaminases hépatiques.

2 Glycémie à jeun.

3 poids. NAP=0,20

4 Chimie des urines.

5 Urée créatinémie.

A 1+2 B 2+3 **C 3+4** D 4+5 E 3+5

11- Quel régime thérapeutique prescrivez-vous ?

A 3 C p 2RHZ/4RH

B 2 C p 2RHZE/4RH

C 4 C p 2RHZE/4RH NAP 1

D 4 C p 2RHZ/4RH

E 3 Cp 2RHZE/4RH

L'enfant de la patiente est en bon état général asymptomatique avec une IDR à la tuberculine à 15 mm.

12- Quel est votre attitude ?

A/2RHZ/4RH

B/Isolement de l'enfant



C/Chimioprophylaxie a l'Isoniazide **NAP=0,5**

D/Radiographie thoracique

E/Tubage gastrique

Cas clinique N°3

Un homme de 33 ans gardien de profession fumeur 20 P/A sans antécédents particuliers, consulte pour une asthénie, amaigrissement avec toux sèche et gène respiratoire d'aggravation progressive depuis 1 mois.

L'examen clinique retrouve un patient en état général altéré, la TA 100/60 mmHg, la FC 120 bats/ min, la FR 28 C/min, la T° 39,2 C, le poids 61 kg , la taille 1,73 m.

L'examen pleuro pulmonaire retrouve des râles crépitants et sous crépitants diffus au niveau des 2 hémithorax. La palpation abdominale retrouve une splénomégalie de type II.

La radiographie thoracique de face objective des opacités micronodulaires diffuses aux 2 champs pulmonaires.

13- Quel diagnostic évoquez-vous ?

A -Pneumonie interstitielle.

B -Fibrose pulmonaire. **NAP= 0,33**

C -Miliaire staphylococcique.

D -Miliaire carcinomateuse.

E -Miliaire tuberculeuse.

14- Quels sont les examens complémentaires à demander en priorité :

1-Ponction lombaire

2-Echographie abdominale

3-IDR a la tuberculine

4-FNS + hémoculture

5-Fond œil

A 1+2 B 2+3 C 2+4 **D 4+5** E 3+5

Les résultats vous parviennent : FNS : GR à 3,9. 10^6 elts/mm^3, Hb : 10g/dl, GB : 6000 élts /mm3 (PN 45%, L 51%, M 2%, B 1 % E 1%), Hémocultures négatives, IDR a la tuberculine 5 mm, FO : absence d'œdème papillaire, La ponction lombaire : liquide clair Glycorachie 0,6g/l Albumunorachie 0,3g/l, avec 2 éléments cellulaires/mm^3 Echographie abdominale : splénomégalie homogène de type II

15- votre conduite thérapeutique sera :

A/-Pénicilline M + Aminoside+ Corticoïde

B/-Erythromycine + Corticoïde
C/-Chimiothérapie antimitotique NAP :1
D/-2RHZE/4RH + Corticoïde
E/-Corticoïde+ Oxygène

16- Quel sont les effets secondaires pouvant survenir durant le traitement ?
A -Toxidermie
5 B -Alopécie
C **-Hépatite** NAP 0,5
D -Diabète
E -ulcère gastrique

Cas clinique N°4
Un homme de 23 ans étudiant sans antécédent particulier vacciné au BCG, présente depuis une semaine une toux sèche, avec gène respiratoire, et douleur basithoracique gauche. L’examen clinique retrouve un patient en général conserve, la TA 110/70mm Hg, la FC 80 Bat/min, la FR 20 C/ min, la T : 38,5 C le poids 66Kg, la, taille 1,67 m. L’examen pleuro pulmonaire : retrouve une matité avec abolitions des vibrations vocales et du murmure vésiculaire au niveau de la moitié inférieur de l’hémithorax gauche
La radiographie thoracique de face montre une opacité dense homogène de la moitié inférieure de l’hémithorax gauche, effaçant la coupole diaphragmatique et comblant les deux culs de sac la limite superieure est concave vers le haut, la limite interne efface le bord gauche du cœur, la limite externe se confond avec la paroi thoracique.

17- Quels sont les examens à demander en priorité ?
1-FNS et Hémoculture
2-ponction pleurale exploratrice
3-glycémie à jeun NAP = 0,33
4-IDR à la tuberculine
5-bacilloscopie des crachats

A/ 1+2 B/ 2+3 C/2+4 D/3+4 E/4+5
Les résultats vous parviennent : FNS : GR : 5,3 millions elts/mm’ Hb : 12g/dl, GB 7000 élts /mm (N 53%, L 43%, M 1%, B 3% E 0%), hémocultures négatives. La ponction pleurale exploratrice : liquide clair : 44 g /l de protéines, l’étude cytologique : 80% de lymphocytes, Glycémie a jeun : 0,96 g /l, IDR a la tuberculine 12 mm recherche de BK dans les crachats négatifs, culture en cours.

18- l’origine suspectée de cette pleurésie est ?
A- virale
B- néoplasique NAP = 1
C- bactérienne
D- tuberculeuse

E- cardiaque

19- Pour confirmer votre diagnostic, vous demandez :
A/Fibroscopie bronchique
B/Echographie abdominale
C/Biopsie pleurale **NAP :1**
D/Echocardiographie

E/sérologie virale

20- Quelle est votre conduite thérapeutique
1/Ponction pleurale évacuatrice
2/Digitalo-diurétique
3/Amocicilline + gentamycine NAP :1
4/ 2RHZ/ 4RH
5/ Corticoide
A/ 1+2 B/ 1+3 **C/1+4** D/1+5 E/4+5

Cas clinique N° 5
Un homme de 45ans, fumeur 15 paquets / année, maçon, sans antécédents particuliers, consulte aux urgences pour douleur thoracique d'installation brutale accompagnée d'une gène respiratoire
L'examen clinique retrouve un patient anxieux avec FR : 24 cycles/ mn, FC : 100 Bat/ mn, T : 37,2 C° avec bonne coloration cutaneo muqueuse, L'examen pleuro-pulmonaire retrouve un tympanisme avec abolition du murmure vésiculaireet des vibrations vocales au niveau de l'hémithorax gauche, le reste de l'examen est sans particularité
La radiographie thoracique de face objective une hyperclarté avasculaire occupant tout l'hémithorax gauche, avec opacité grossièrement ovalaire plaquée au niveau hilaire..

21- le diagnostic a évoquer est :
A-Pneumothorax bridé
B-hydro-pneumothorax NAP = 1
C-pneumothorax total
D-bulle d'emphysème
E- pneumothorax partiel

22- quel traitement préconisez vous
A-exsufflation à l'aiguille
B-pleurotomie à minima
C-talcage pleural NAP = 0,5
D-repos au lit
E-Drainage chirurgicale

10 jours après traitement, l'évolution est favorable, l'examen à demander pour l'orientation étiologique est

A-TDM thoracique
B-dosage de l'alpha1antitrypsine NAP = 0,5
C-spirométrie
D-gazométrie sanguine
E-fibroscopie bronchique

23- Quelle est la mesure à prendre à la sortie du paient.

A. **sevrage tabagique**
B. éviction les efforts importants
C. kinésithérapie respiratoire NAP = 0,5
D. changement de profession
E. vaccination antigrippale

Cas clinique N°6

Un homme de 70ans, retraité, fumeur à raison d'un paquet par jour depuis 40ans, hypertendu et diabétique type II, consulte pour toux avec expectoration devenue purulente et une augmentation du volume des crachats avec dyspnée d'effort et une fièvre évoluant depuis une semaine
Le patient signale qu'il est suivi à l'UCTMR pour BPCO légère et qu'il est traité par un beta 2agoniste 0de courte durée d'action et qu'il a présenté deux épisodes similaires l'année dernière.
L'examen clinique : patient en état général conservé la T° 38°C la FR : 28 cycles/mn, la FC ; 95bat/mn,la TA : 140/90 L'examen pleuro-pulmonaire retrouve des râles ronflants et sibilants aux deux champs pulmonaires**, l**e reste de l'examen somatique est normal
La radiographie thoracique de face montre des signes de distension thoracique

24- - Le stade de sévérité de la BPCO chez ce patient est définie par :
A-VEMS/CV ≥70% et VEMS ≥80% de la valeur théorique
B- VEMS/CV < 70% et VEMS ≥ 80%
C- VEMS/CV < 70% et VEMS [50%-30%] **NAP : 1**
D- VEMS/CV < 70% et VEMS <30%
E- VEMS/CV < 50% et une Pa O2 < 60mmHg

25- le diagnostic d'exacerbation d'une BPCO est évoqué par les éléments suivants :
1-la purulence de l'expectoration
2-la présence de dyspnée
3-l'augmentation du volume de l'expectoration **NAP : 0.33**
4-les signes de distension thoracique à la radiographie thoracique.
5-la fièvre
A : 4+2 B : 2+3 C : 1+4 **D : 1+3** E : 3+5

26- Vous décidez de traiter par l'antibiothérapie suivante
A-Amoxicilline
B-Amoxicilline+acide clavulanique
C-Erythromycine **NAP : 0.20**
D-Céfotaxine
E-Sulfamethoxazole+Trimethoprime

27- en plus du rtraitement antibiotique vous prescrivez :

1- Une corticothérapie per os en cure courte
2- Un anticholinergique de courte durée d'action
3- Une corticothérapie inhalée **NAP : 0.33**
4- Un beta2 agoniste de longue durée d'action
5- Un beta 2 agoniste de courte durée d'action

A : 1+2 **B : 1+5** C : 2+3 D : 4+5 E : 1+4

Cas clinique N° 7

Femme âgée de 65 ans, mère de 3 enfants vivants, utilisant depuis son jeune âge le feu de bois pour la cuisson et le chauffage, présente une toux permanente avec des épisodes d'infection bronchique répétés évoluant depuis 5 ans et une dyspnée d'effort apparue il y'a 2 ans, pour lesquels elle est suivie chez un pneumologue qui avait demandé un radiographie thoracique qui était normal, et une spirométrie qui retrouve les chiffres suivants : CV: 2.7 L (85%), VEMS: 1.7L (68%) VEMS/CV: 63%, les chiffres après test aux B2(bronchodilatateur) : CV : 2.75 L (86.7%), VEMS: 1.78L (71%) VEMS/CV : 64.7% (gain de 80 ml et de 5 % du VEMS), la patiente est traitée par salbutamol en spray à la demande.
La patiente présente depuis 03 jours une toux avec expectoration purulente traitée par un sirop de codéine et de paracétamol, et devant l'aggravation de sa dyspnée la patiente consulte aux urgences.
A l'examen : la patiente est consciente, coopérative, la T°= 38.8°c, la FR :36 cycles/mn, la FC : 125 bat/mn, la TA : 100/65 mm Hg, le poids : 60kg, la taille : 156 cm.
L'examen pleuro- pulmonaire retrouve un tirage sus sternal et intercostal et des râles sibilants diffus, une cyanose des extrémités un hippocratisme digital. Le reste de l'examen somatique est normal. La radiographie thoracique de face retrouve une distension thoracique.

28- . Quel diagnostic évoquez-vous ?

A. Crise d'asthme sévère.
B. Décompensation d'une BPCO. **NAP 1**
C. Crise d'asthme modérée.
D. **Exacerbation d'une BPCO.**
E. Dilatation e bronches en poussée de surinfection.

29- Quels sont les facteurs responsables de cet épisode aigu ?

1. La mauvaise de prise en charge .
2. L'épisode grippal.
3. La prise d'antitussifs.
4. La sévérité de sa maladie.
5. L'utilisation du feu de bois **NAP 0.33**

A .1+3 B.4+5 C.1+2 D.1+4 **E. 2+3**

9

30- . En plus de l'oxygène, le traitement sera:

A. Corticoïdes en IVD+ bêtamimétiques en nébulisation+ Antibiothérapie

B. Antibiothérapie+ bêtamimétiques en nébulisation.

C. Corticoïdes en IVD +anti cholinergiques en nébulisation **NAP 0.33**

D. Antibiothérapie+ bêtamimétiques + anti cholinergiques en nébulisation.

E. Corticoïdes en IVD + Antibiothérapie+furosémide en IVD

Cas clinique N° 8

Femme âgée de 35 ans, mariée mère d'un enfant, enseignante de profession, consulte pour une dyspnée avec sifflements évoluant depuis 3 heures. L'interrogatoire retrouve des épisodes de dyspnée avec sifflement paroxystique et rhinorrhée chronique depuis l'enfance.

L'examen clinique retrouve une patiente polypneique la FR à 32 cycles/mm, la FC 110bat/mn la TA 110 /60mmHg, la T° à 38,5°C le poids : 68kg, la taille 165 cm. L'examen pleuro-pulmonaire retrouve un tirage sus sternale et à l'auscultation des râles sibilants au niveau des deux hémithorax, le DEP est de 3OOl/mn (théorique 485l /mn.

La radiographie du thorax de face objective une distension thoracique, avec une hyperclarté avasculaire périphérique apicale droite de 1cm d'épaisseur, se raccordant en pente douce à la paroi thoracique.

31- Quel est l' examen à demander en urgence :

A- FNS+hémoculture.

B- ECG NAP =0,33

C- Gazométrie artérielle

D- Radiographie des sinus

E- Dosage des Ig E sériques.

Vous recevez les résultats: FNS : GB à 9600 (N= 85%, L=22%, E= 2%, M=1%), Hémocultures : résultats négatives. Gazométrie artérielle : PaO_2 65mmHg, $PaCO_2$ 42mmHg, PH 7,40, SaO_2 91%. ECG : rythme sinusal régulier a 100 Cycles/mn. IgE sérique60 UI/ml

32- vous retenez le diagnostic de :

A- Crise d'asthme modérée NAP=0,5

B- Crise d'asthme sévère associée à un emphysème bulleux

C- Exacerbation de BPCO associée à un emphysème bulleux

D- Crise d'asthme modérée associée à un pneumothorax partiel droit

E- Crise d'asthme modérée associée à un emphysème pulmonaire.

33- Vous prescrivez le traitement suivant.

A- Salbutamol +corticothérapie en IVD NAP : 0.5

B- Salbutamol en nébulisation + corticoïdes per os

C- Salbutamol en IVD + corticoïdes per os

D- Théophylline et corticoïdes per os

E- Salbutamol et bromure d'ipratropium en nébulisation + corticoïdes per os



Deux heures après traitement, l'examen de la patiente retrouve : la FR à 20 cycles/mn, la FC à 90 bat/mn, persistance des râles sibilants à l'auscultation, le DEP : 420l/mn

34- Vous décidez de :

A- Libérer la malade avec un traitement corticoïde per os, et Salbutamol inhalé

B- Garder la malade en observation encore 2 heures

C- Hospitaliser la malade dans un service de médecine. NAP : 0.33

D- Hospitaliser la malade dans un service de soins intensifs

E- Orienter la malade chez son médecin traitant

Cas clinique N°9

Un homme de 65ans ouvrier dans une fonderie pendant 30 ans, fumeur à raison de 2 paquets par jours durant 35 ans, consulte pour aggravation d'une dyspnée d'effort, toux et expectoration purulente évoluant depuis une semaine

l'examen clinique : patient conscient, coopératif, la FR : 22 C/mn , la FC : 80 bat/mn , la T° : 38°C, la TA : 140/80mmHg. L'examen pleuropulmonaire : des râles ronflants aux deux bases pulmonaires et un hippocratisme digital, l'examen cardiovasculaire un éclat de B2 au foyer pulmonaire. Le reste de l'examen somatique est sans particularités. La radiographie thoracique de face montre des opacités nodulaires et micronodulaires, denses bilatérales prédominants aux niveau des sommets avec des opacités hilaires bilatérales à contours calcifiés de 3cm de diamètre

35- vous demandez les examens suivants:

1-Recherche de BK dans les crachats

2- FNS

3- Spirometrie NAP : 0.20

4-Gazométrie sanguine

5-IDR à la tuberculine

A : 1+2 **B : 1+3** C : 3+5 D : 2+5 E : 1+4

Les résultats vous parviennent :La recherche de BK dans les crachats est négative à l'examen direct FNS : GR : 5 Millions /mm^3, Hte : 48%, Hb : 17g/dl, plaquettes : 400.000elt/mm^3 GB : 11500(75, 00, 1,18, 6), IDR à la tuberculine : 4 mm, Spiromètrie : CV : 2.4l (50%) VEMS : 1.5l (60%) VEMS/CV : 62%, Gazométrie sanguine : PAO2 : 68mmHg, PACO2 : 42mmHg, SAO2 :92%.

36- Vous évoquez le diagnostic de miliaire:

A – carcinomateuse

B - tuberculeuse **NAP : 1**

C – Silicotique
D – staphylococcique
E – cardiaque

37- - vous complétez votre exploration par :

A. échographie abdominale
B. Fibroscopie bronchique
C. **ECG** **NAP : 0.33**
D. TDM thoracique
E. scintigraphie osseuse

Les résultats vous parviennent : La fibroscopie bronchique : aspect inflammatoire diffus de la muqueuse bronchique avec absence de cellules malignes et absence de BK à l'examen direct dans le liquide d'aspiration bronchique culture en cours. La TDM thoracique retrouve des nodules et micronodules très denses, disséminés aux deux champs pulmonaires, et prédominants aux deux lobes supérieurs, associées à des adénopathies hilaires bilatérales calcifiées. ECG : rythme sinusal à88 cycles /mm, onde P ample, déviation axiale droite Echographie abdominale normale la scintigraphie osseuse : normale

38- - la conduite à tenir sera :
A –Antituberculeux
B – Chimiothérapie antimitotique
C – Traitement symptomatique + déclaration de la maladie **NAP : 1**
D – Oxygène + corticoïdes
E – Digitaliques et diurétiques

39- - Les complications éventuelles de cette maladie sont :
A –La tuberculose pulmonaire cavitaire
B – Le pneumothorax
C – L'insuffisance respiratoire chronique **NAP : 0,20**
D – La greffe aspergillaire
E – Toutes ces propositions

Cas clinique N°10

Un homme de 64 ans retraité est adressé pour exploration d'une opacité de l'apex pulmonaire gauche découverte à la radiographie du rachis cervical demandée pour des douleurs du membre supérieur gauche. L'interrogatoire retrouve un tabagisme de 60 paquets-année avec un amaigrissement de 12 kilos en 2 mois.
L'examen clinique retrouve un patient en état général moyen avec asthénie avec une voix bitonale, et un hippocratisme digital, laTA = 100/60 mm Hg, la T = 38.6 °C, la FC = 80 bats /mn, la FR = 24 cycles/mn
L'examen pleuro-pulmonaire : râles ronflants aux deux champs pulmonaires. On retrouve par ailleurs une enophtalmie avec myosis gauche, et un comblement du creux sus-claviculaire gauche.

La radiographie thoracique montre une opacité de l'apex gauche de 5 cm de diamètre, à limites spéculées .

40- Pour étayer votre diagnostic, vous demander :

1. 03 bacilloscopies
2. FNS + hémocultures
3. Sérologie hydatique NAP = 0.5
4. Fibroscopie bronchique
5. TDM thoracique

12

A. 1+2 B. 2+3 C. 3+4 **D. 4+5** E. 2+5

Les résultats vous parviennent : bacilloscopies négatives. FNS : GB 8000 (68% –20% – 07% –03% – 02%), GR = 4millions élt/mm^{3,} Hb : 10 g/dl, Hte : 32%, sérologie hydatique : 1/16$^{e.}$
La fibroscopie bronchique objective un bourgeon obstruant partiellement la bronche culminale. L'étude anatomopathologique de la biopsie bronchique retrouve une prolifération de cellules à noyaux irréguliers et des mitoses anormales avec des ponts d'union intercellulaires et de la kératine.
La tomodensitométrie thoracique met en évidence une masse tissulaire de 7 cm du culmen associée à des adénopathies hilaire homolatérale et de la fenêtre aorto-pulmonaire de 20 mm de diamètre avec une lyse des deux premières côtes postérieures gauche.

41- vous retenez le diagnostic de :

A. Carcinome à grandes cellules
B. Carcinome à petites cellules NAP = 1
C. Carcinome Bronchiolo-alvéolaire
D. Carcinome épidermoide
E. Adénocarcinome

42- Le tableau radio-clinique retrouvé chez ce patient correspond

A. Syndrome cave superieur
B. Syndrome de Pancoast -Tobias
C. Syndrome de Claude-Bernard-Horner NAP = 1
D. Syndrome de Pierre-Marie-Bamberger
E. Syndrome de Schwartz-Barter

43- Dans le cadre du bilan d'extension, vous demandez :

A. La TDM cérébrale
B. **L'échographie abdominale** NAP = 0.25
C. Electromyographie
D. IRM cervico-dorsale
E. Scintigraphie osseuse

Les résultats vous parviennent : La TDM cérébrale est sans anomalies
L'échographie abdominale est normale. L'électromyographie : syndrome myogène périphérique. L'IRM cervico-dorsale : lyse vertébrale C8-D1 avec une masse apicale gauche



sans envahissement des trous de conjugaisons .La scintigraphie osseuse retrouve des foyers d'hyperfixations C8-D1 et 1er et 2e arcs costaux postérieures gauche.

44- La tumeur sera classée :

A. T2 N2 M0
B. T2 N1 M0 NAP = 1
C. T3 N1 M0
D. T1 N1 M0
E. T4 N2 M0

Cas clinique N°11

patient de 65 ans, chauffeur de transport public à la retraite, fumeur à 90 P/A sevré depuis une année, aux antécédents de tuberculose pulmonaire traitée et guérie il y a 10 ans et de pollakiurie depuis plus d'une année, consulte pour crachats hémoptoïques évoluant depuis trois semaines, avec altération de l'état général , dyspnée d'effort d'aggravation progressive.
L'examen clinique retrouve un patient pesant 60 kg pour une taille de 1,70 m.
La TA= 110/60 mm Hg, la FC= 96 batts/mn, la FR= 22 cycles/mn, la T° = 38.5° C,
L'examen pleuro-pulmonaire : matité avec abolition des vibrations vocales et du murmure vésiculaire de l'hémithorax droit et un hippocratisme digital, l'examen cardio-vasculaire : bruits du cœur sont bien frappés, pas de bruits surajoutés, les aires ganglionnaires sont libres. Le toucher rectal retrouve une prostate augmentée de volume avec conservation du sillon médian
La radiographie thoracique montre une opacité dense homogène occupant tout l'hémithorax droit avec attraction de la trachée.

45- Devant ce tableau radio-clinique, vous évoquez le diagnostic de :

A- Epanchement pleural liquidien de grande abondance
B- Pneumonie alvéolaire étendue
C- Atélectasie du poumon NAP = 0.5
D- Séquelles étendues de tuberculose
E- Kyste hydatique du poumon

46- Pour étayer votre diagnostic vous demandez :

A- Ponction pleurale exploratrice
B- FNS avec hémoculture
C- Fibroscopie bronchique NAP = 0.33
D- Bacilloscopies
E- Sérologie hydatique.

Les résultats des examens sont : La ponction pleurale exploratrice est blanche. La FNS : GR 3,6 millions /mm^3, Hb : 11 g/dl GB 10 200 /mm^3 (76 -18– 3 – 1 – 2), 03 hémocultures négative, les bacilloscopies sont négatives à l'examen direct, culture en cours. La sérologie hydatique : 1/32e

La fibroscopie bronchique objective une infiltration du tiers inférieur de la trachée et de la carène avec obstruction totale de la bronche souche droite.
La biopsie bronchique montre une muqueuse bronchique siège d'une prolifération épithéliale agencée en structure glandulaire et en travées avec présence de mucine et de multiples atypies cytonucleaires



47- En plus de la TDM thoracique, vous demandez :

1- TDM cérébrale
2- Echographie abdomino-pelvienne NAP = 0.25
3- Dosage des PSA
4- Marqueurs tumoraux
5- Scintigraphie osseuse

A= 1 + 2 B= 1 + 3 C= 2 + 4 D= 3 + 5 E= 1 + 5

La tomodensitométrie thoracique : retrouve une masse de densité tissulaire hilaire droite de 95/84 cm infiltrant la bronche souche droite associée à un trouble de la ventilation, avec adénopathies de la loge de Barety, et nodules surrénaliens bilatéraux.
La TDM cérébrale est sans anomalies L'échographie abdomino-pelvienne retrouve une hypertrophie prostatique . Le taux des PSA est normal. Le dosage des marqueurs tumoraux montre un taux élevé de NSE et ACE
La scintigraphie osseuse ne retrouve pas de foyers d'hyperfixation

48- Votre conduite à tenir sera :

A- Traitement chirurgical
B- Chimiothérapie antimitotique
C- Chimio-radiothérapie NAP = 0.33
D- Traitement antalgique
E- Corticothérapie

Cas clinique N°12

Une femme de 34 ans, sans antécédents particuliers, présente une toux sèche rebelle au traitement évoluant depuis 02 mois dans un contexte de fièvre à 38°C. L'examen clinique est normal.
La FR = 23 cycles/', la FC = 90 battements/mn, la TA= 120/60 mm Hg, le poids : 60 Kg, la taille de 1,70 m, la cicatrice de BCG est présente.
La radiographie du thorax de face objective des opacités hilaires bilatérales de 5 cm de diamètre à grand axe verticale à contours externes polylobés.

49- Devant ce tableau vous demandez les examens suivants :

1- IDR à la tuberculine
2- FNS
3- Frottis sanguin NAP = 0.20
4- VS + fibrinogène

5- Tubages gastriques à la recherche de BK

A= 1 + 2 B= 1+ 4 C= 2 + 3 D = 2 + 4 E= 3 + 5

Les résultats vous parviennent : L'IDR à la tuberculine est à 6 mm
La FNS : GB : 9000 (PN= 70%, PE= 2 %, PB= 0 %, L= 28%). La recherche de BK est négative
La VS : 20/43, le fibrinogène = 4.5 g/l. Le frottis sanguin est normal



50- Pour étayer votre diagnostic, vous demandez ?

1. Biopsies étagées des éperons
2. Lavage broncho-alvéolaire
3. C- Ponction biopsie de la moelle osseuse NAP = 0.5
4. TDM thoracique
5. E-Dosage de l'enzyme de conversion de l'angiotensine

A. 1+2 B. 1+3 C. 3+4 D. 2+5 E. 3+5

La fibroscopie bronchique montre un élargissement des éperons sans compression de l'arbre trachéo-bronchique. La biopsie des éperons : muqueuse bronchique normale.
Le LBA : 80 % de lymphocytes et 20 % de macrophages.
La TDM du thorax montre des adénopathies hilaires et médiastinales bilatérales non compressives. Le dosage de l'enzyme de conversion de l'angiotensine : 100 U I / ml.
La ponction biopsie de moelle osseuse est normale
Au cours de l'exploration, la patiente a présenté des nodosités bleue-violacées siégeant à la face antérieure de la jambe, enchâssée dans le derme, douloureuses à la palpation, associée à des arthralgies des genoux et chevilles.

51- Ce tableau est évocateur :

A- D'une primo-infection tuberculeuse
B- D'une maladie de Hodgkin
C- D'un syndrome de Löfgren NAP = 0.5
D- D'une sarcoïdose type I
E- D'une streptococcie

52- Votre conduite à tenir :

a. Traitement antituberculeux
b. Corticothérapie
c. Antibiothérapie NAP = 0.5
d. Chimiothérapie suivie de radiothérapie
E - Anti-inflammatoires non stéroïdiens

Cas clinique N° 13

Patient de 39 ans, fonctionnaire de profession, ancien fumeur (15 paquets /an) , sans antécédents pathologiques consulte pour asthénie , gêne respiratoire et toux sèche évoluant depuis 2 mois.

L'examen physique : etat général conservé, T° :38°C , TA : 120/60mmHg , FC : 80 batt /min FR : 28 cycles /min, Taille : 1m75 Poids : 80 kg. L'examen pleuro pulmonaire retrouve une circulation veineuse collatérale dans la région médio thoracique.

Le reste de l'examen somatique est normal.

La radiographie du thorax montre une opacité dense homogène latéro trachéale bilatérale à limite externe nette et limite interne confondue avec le médiastin, la limite supérieure ne dépasse pas les clavicules.



53- . Le siège de l'image radiologique est :

A. Médiastin moyen étage supérieur
B. Médiastin antérieure étage inférieure NAP = 1
C. Médiastin postérieure étage supérieur
D. Médiastin antérieur étage supérieur
E. lobaire supérieurbilatéral.

54- . Le diagnostic topographique de l'image radiologique peut être confirmé par:

1. La radiographie du thorax de profil
2. La TDM thoracique NAP = 0.20
3. l'échographie thoracique
4. l'IRM thoracique

A : **1+2** B : 2+3 C : 1+3 D : 2+4 C : 1+4

Les résultats des examens sont : La radiographie thoracique de profil : opacité dense homogène se projetant en rétrosternal médiastin antérieur, La TDM thoracique : masse de densité tissulaire mesurant 78mm de grand axe, limitée en avant par la graisse médiastinale et en arrière par la veine cave supérieure qui est refoulée en arrière. Echographie thoracique : masse de densité tissulaire siégeant dans la région rétro sternale IRM : masse de densité tissulaire n'envahissant pas le péricarde, plaquée contre la paroi thoracique.

55- . Le diagnostic à évoquer est :

1. Lymphome non hodgkinien
2. Sarcoïdose type I
3. Cancer bronchique à petites cellules NAP = 1
4. Tératome mature
5. Thymome

A. 1+2 B.2+3 **C.1+5** D.3+5 E.4+5

56- . Le diagnostic de certitude sera fait par :

A .Fibroscopie bronchique
B. Ponction biopsie transthoracique NAP = 0.33
C. Médiastinocopie
D. Dosage de l'enzyme de conversion de l'angiotensine
E. Thoracotomie à minima

Cas clinique N°13

Un homme de 28 ans, ouvrier agricole, fumeur 5 cig/j pendant 03 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, consulte pour dyspnée légère et toux sèche évoluant depuis 03 mois.

L'examen physique retrouve un patient conscient, coopératif, avec état général conservé.

FR = 20 cycles/mn, FC = 90 batt/mn, TA = 130/60 mm Hg

L'examen physique est normal.

La radiographie thoracique de face objective une opacité arrondie mesurant 7 cm de diamètre, dense, homogène, bien limitée, siégeant au niveau du lobe inférieur droit.

58- Vous décidez de réaliser les examens complémentaires suivants :

1. TDM thoracique
2. Echographie abdominale
3. Fibroscopie bronchique
4. Sérologie hydatique NAP = 0.20
5. IDR à la tuberculine

A 1 + 4 **B** 1 + 3 C 2 + 4 D 3 + 4 E 1 + 5

La fibroscopie bronchique retrouve une muqueuse inflammatoire avec cryptes glandulaires et une légère compression de la bronche lobaire inferieure droite.

La TDM thoracique montre une formation de densité liquidienne siégeant dans le lobe inférieur droit mesurant 75 mm de diamètre,

La sérologie hydatique est à 1/320e.

L'échographie abdominale : foie stéatosique.

IDR à la tuberculine à : 06 mm

59- Vous retenez le diagnostic suivant :

A. Tuberculome
B. Kyste hydatique
C. Métastase pulmonaire unique NAP= 1
D. Cancer bronchique
E. Pneumonie à foyer rond

60- - Quelle sera votre conduite à tenir :

A. Exérèse chirurgicale
B. Abstention thérapeutique NAP=1
C. Chimiothérapie antimitotique
D. Double antibiothérapie
E. Traitement antituberculeux